

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

N°

110

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Joseph BENSAÏD

Né le 23 Décembre 1932, à TLEMCEN (Algérie)

Présentée et soutenue publiquement le

**SUR L'ASSOCIATION
DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE
ET DE LA GROSSESSE
CONCEPTIONS ACTUELLES**

Président : Monsieur LEPAGE (Professeur)

D. P. TAIB

8. Rue Casimir Delavigne
PARIS - VI°

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--:-

Année 1962

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Joseph Bensaïd

Né le 23.12.1932 à Tlemcen
(Algérie)

--:-

Présentée et soutenue publiquement le

--:-

SUR L'ASSOCIATION
DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE ET DE LA GROSSESSE
CONCEPTIONS ACTUELLES

--:-

Président : Monsieur LEPAGE (Professeur).

--:-

D.P. TAIB
8, rue Casimir-Delavigne
PARIS VI



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BERNARD (H), BULLIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), DEBRE (R), FEY (B), GASTINEL (P), GUILLAIN (G), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), LOEPER (M), MARION (G), MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R), MOREAU (R), OLIVIER (E), PETIT-DUTAILLIS (D), PASTEUR VALLERY-RADOT (L), RICHET (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L),

DOYEN : Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR Jean VERNE

I - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Bactériologie	FASQUELLE (R)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Clinique carcinologique (Necker)	REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M)
(Beaujon	SICARD (A)
(Cochin	QUENU (J)
(Hôtel-Dieu	PATEL
(Saint-Antoine	GOSSET (J)
(Salpêtrière	MOULONGUET (P)
	CORDIER (G)
	LORTAT-JACOB
	LAURENCE
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardiovascu- laire (Broussais)	de GAUDART d'ALLAINES (F)
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique génétique médicale (E. Mal)	LAMY (M)
Clinique Gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P)

Gérontologie	BOURLIERE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	GARCIN (R)
(Cochin	BROUET
(Cochin	JUSTIN-BESANCON (L)
(Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
Cliniques médicales (Broussais	SOULIE (P)
(Pitié	DREYFUS (G)
(St-Antoine	KOURILSKY (R)
(Boucicaut	LENEGRE
Clinique médicale d'hydrologie thérap. et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique	de GENNES (L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nu- trition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie	DAVID
Cliniques (Baudelocque	LACOMME (M)
obstétricales (Port-Royal	VARANGOT
(Foch	MERGER
Clinique obstétricale et gynécol.	LEPAGE
Clinique ophtalmologique	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBRY (M)
Clinique de pathologie respiratoire	TURIAF
Clinique de pédiatrie sociale	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX (L)
Clinique de puériculture	LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A)
Clinique urologique (Cochin)	COUVELAIRE
Electrophysiologie médicale	DJOURNO (A)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	de SEZE
Histologie	VERNE (J)

MM.

Hygiène des collectivités	DEPARIS
(ch. à t.pers.)	
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie	GALLIARD (H)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	MILLIEZ
Pathologie et thép.générales	BOUDIN
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J)
Physiologie	BINET (L)
Physiologie (ch. à t. pers.)	PARROT
Physique médicale	DOGNON (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale	LEGER
Thérapeutique	CONTE

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM.

Anatomie	{ CABROL (C)
	{ COUINAUD (C)
	{ OLIVIER (G)
	{ GAUTHIER-VILLARS
	{ (Melle P) pr.s.ch.
Anatomie pathologique	{ BUSSER (F)
	{ GOUYGOU (Ch)
	{ ORCEL (L)
	{ PAILLAS (J)
Anesthésiologie	{ VOURC'H (G)
	{ NEVOT (A) pr.s.ch.
Bactériologie	{ BARBIER (P)
	{ CHRISTOL (D)
	{ TOURNIER (P)
	{ DESGREZ (P) pr.s.ch.
Biochimie médicale	{ POLONOVSKI (J) m.conf.
	{ SCHAPIRA (G) pr.t.p.
	{ DENOIX (P)
Carcinologie	{ MATHE (G)
Dermato-syphiligraphie	{ DUPERRAT (B)
Electro-radiologie	{ LEDOUX-LEBARD (G)
Embryologie	{ TUCHMAN-DUPLESSIS (H)

	MM.
Hématologie	(BILSKI-PASQUIER (G) DAUSSET (J) COUJARD (R) pr.s.ch. MAROIS (M) RACADOT (J), CORNET (A) BOYER (J) pr.s.ch. CORRE-HURST (Mme L) BASTIN (R) DUPONT (V) DEROBERTE (L) pr.s.ch. HADENGUE (A) FOURNIER (E) GUENIOT (M) ALBAHARY (C) LHERMITTE (F) GRANJON (A) HERVET (E) LE LORIER (G) MORIN (P) MUSSET (R) ROBEY (M) THOYER-ROZAT (J) BREGEAT (P) SARAUX (H) DUDET (R) RAMADIER (J) DEBAIN (J) BRUMPT (L.C) pr.s.ch. CHABAUD (A) BARCAT (J) BINET (J.P.) CAUCHOIX (J) CHATELIN (C.L) DUBOST (Ch) DUBOST (Cl) FAUREL (J) FLABEAU (F) GERMAIN (A) LOYGUE (J) MERCADIER PERROTIN (J) ROBERT (H) THOMERET (G) SCHNEIDER (J)
Histologie	
Hydrologie	
Hygiène	
Maladies infectieuses	
Médecine légale	
Médecine du travail	
Neurologie	
Obstétrique	
Ophtalmologie	
Orthopédie	
Oto-rhino-laryngologie	
Parasitologie	
Pathologie chirurgicale	
Pathologie exotique	

	MM.
Pathologie expérimentale	CROSNIER (J)
	HARTMANN (L)
	LOEPER (J)
	MAURICE (J)
Pathologie expérimentale	PLAS (F)
	RICHET (G)
	AUSSANNAIRE (M)
	BOUR (H)
	BOUVIER (J)
	BOUVRAIN (Y)
	BRICAIRE (H)
	BRISAUD (H)
	BROCARD (H)
	BUGE (A)
	CASTAIGNE (P) m.conf.
	CATINAT (J)
Pathologie médicale	CONTAMIN (F)
	COÛRY (C)
	FREZAL (J)
	HOUSSET (E)
	LAROCHE (Cl)
	LESOBRE (R)
	MACREZ (C)
	NICK (J)
	PEQUIGNOT (H) m.conf.
	ROYER (P)
	WOLFROMM (R)
	JOSEPH (R)
	MANDE (R)
Pédiatrie-Puériculture	MOZZICONACCI (P)
	POLONOVSKI (C)
	ROSSIER (A)
	LEVY (Melle J) pr.s.ch.
Pharmacologie	BCISSIER (J)
	LECHAT (P)
Physiologie	DEJOURS (P)
Physique médicale	GOUGEROT (L) m.conf.
Pneumo-phtisiologie	KREIS (B)
Psychiatrie	FICHOT (P)
Psychiatrie infantile	DUCHE (D)
Rhumatologie	DELBARRE (F)
	CERNEA (P)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A) m.c.agr.
	GRELLET (M)
	CHASSAGNE (P)
Thérapeutique	LAMOTTE (M)
Urologie	QUENU (L)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique chirurg.	(ABOULKER (P)		(GRASSET (J)
	(AMELINE (A)	Clinique	(MAYER (M)
	(HUGUIER (J)	obstétricale	(RAVINA (J)
	(OLIVIER (C)	Clinique	(DESVIGNES (P)
	(PADOVANI (P)	ophthalmol.	(OFFRET (G)
Clinique médicale	(POILLEUX (F)	Clinique	
	(ROUX (M)	•to-rhino-	(MADURO (R)
	(VERNE (J.M.)	laryng.	
	(HAGUENEAU (J)	Clinique	
	pr.s.ch.	pédiatrique	(LAPLANE (R)
	(DOMART (A)	et puéricul-	
	(PERRAULT (M)	ture	
	(RAMBERT (P)	Clinique	(BARUK (H)
	(THIEFFRY (S)	psychiatrique	
		Clinique	
		urologique	(KUSS (R)

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	MM. HAUDUROY (P) pr.s.ch.
Biochimie médicale	ETTORI (J) pr.à t.pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) pr.s.ch.
Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H)
	Melle CHAINTREUIL (G)
	Melle HURE (A)
Conservateur, chargé de la direction	
de la bibliothèque	M. le Dr. HAHN (A)
Conservateurs	Melles DUMAITRE (P), GOICHON (A.M)
Bibliothécaires	Mme CONTET (J), Melles LAURENT (H), LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon Père,

A ma Mère,

En témoignage de ma très grande
reconnaissance et de ma
profonde affection.

A ma Femme,

Pour l'immense réconfort que je
lui dois.

A mes Frères,

Avec ma profonde tendresse pour les
sacrifices qu'ils se sont imposés
pour moi.

A mes Beaux-Parents,

A ma Famille,

A tous mes Amis.

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur LEPAGE,

Professeur de Clinique Obstétricale
et Gynécologique à la Faculté de
Médecine de Paris,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse,

Avec l'expression de notre recon-
naissance et de notre profond
respect.

A Monsieur le Docteur H. de TOURRIS,
Professeur Agrégé à l'Ecole de Médecine
de Poitiers,
Médecin-Chef du Service de Gynécologie
et d'Obstétrique du Centre Hospitalier,

Avec notre profonde gratitude
pour la sollicitude que vous
avez bien voulu nous témoigner.

A mon Camarade le Docteur BLANCHARD,
Chef de Clinique du Service d'Obstétrique
du Centre Hospitalier de
Poitiers,

Toute ma reconnaissance et ma
ma sympathie.

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine
et des Hôpitaux de Paris.

A mon Jury de Thèse.

SUR L'ASSOCIATION
DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE ET DE LA GROSSESSE
CONCEPTIONS ACTUELLES

INTRODUCTION

-:-

Depuis l'apparition des antibiotiques, l'association de la tuberculose et de la grossesse, sans être exceptionnelle, est devenue plus rare. Elle est moins grave que jadis, à tel point que beaucoup de médecins actuels considèrent qu'elle ne pose plus aucun problème.

Il faut se garder d'être trop absolu. Si nous ne sommes plus à l'époque de TARNIER, où la découverte d'un foyer tuberculeux chez une femme gestante était considérée comme une catastrophe, il n'en reste pas moins qu'à notre époque, malgré la chirurgie d'exérèse et les antibiotiques, certaines formes de tuberculose pulmonaire associées à la grossesse peuvent encore poser des problèmes délicats, surtout quand elles surviennent au début de la grossesse ou dans les suites de couches.

Il est difficile d'éliminer avec certitude toute interaction entre les processus de défense contre le Bacille tuberculeux et les modifications physiologiques de l'organisme gravide.

A l'occasion de ce travail, nous voudrions, en nous appuyant sur quelques observations caractéristiques, montrer quels sont les problèmes qui peuvent se poser et quelles sont

les conceptions thérapeutiques actuelles tant sur le plan du traitement antibacillaire qui est essentiel, que sur le plan obstétrical et sur celui de l'avenir de l'enfant né de mère tuberculeuse.

Nous ferons d'abord un rappel historique, montrant l'évolution du problème depuis TARNIER jusqu'à l'apparition de la streptomycine, en insistant sur la période intermédiaire où le dépistage systématique précoce et la collapsothérapie avaient déjà considérablement modifié le pronostic de l'association "tuberculose et grossesse".

Nous étudierons ensuite l'aspect clinique de cette association, la femme enceinte tuberculeuse, son dépistage, son accouchement et les suites de couches ; l'enfant et son avenir.

Nous montrerons quelques exemples précis dans des observations de ces dernières années que nous avons pu réunir.

Enfin, dans un chapitre consacré à la thérapeutique, nous essaierons de définir clairement quelles sont les conceptions actuelles du traitement.

- II -

HISTORIQUE

-:-

Nous le diviserons en trois périodes.

A - La première période s'étend depuis la fin du siècle dernier jusqu'à la fin de la première guerre mondiale.

Ce fut TARNIER, qui, le premier, s'opposant aux conceptions de l'Antiquité et du Moyen âge, insista sur la gravité de l'association tuberculose et grossesse. Cette association était redoutable, pour la majorité des auteurs. LACOMME, dans sa thèse soutenue en 1926, ne relève-t-il pas une mortalité de 39 p. cent ?

Deux périodes étaient particulièrement critiques, celle du début de la grossesse et celle des derniers mois et des suites de couches. Toutefois, les formes ulcéro-caséuses semblaient beaucoup plus vulnérables que les formes fibro-caséuses. Il n'y avait pas de traitement valable. On avait proposé l'interruption de la gestation, croyant à son rôle aggravant ; en fait, enceinte ou non, avortée ou non, la mortalité de la tuberculeuse était considérable puisqu'elle atteignait 40 p. cent. L'avortement ne modifiait pas l'évolution et ce fut la source de débats célèbres, à l'Académie de Médecine et à la Société d'Obstétrique, débats qui opposèrent, en 1921 et 1922,

BAR, SERGENT, puis BRINDEAU, favorables à l'avortement, à PINARD, Léon BERNARD et RIST qui lui étaient résolument opposés. A cette époque, Madame KOURILSKY, dans une thèse remarquable, précisait les diverses indications. L'avortement perdit beaucoup de partisans après le Congrès de Lausanne en 1924.

B - La deuxième période fut celle où le dépistage radiologique systématique et le Pneumothorax furent employés chez la femme enceinte.

Dès 1922, DUMAREST et BRET préconisaient la cure sanatoriale chez la femme enceinte et RIST employait la collapsothérapie depuis 1919.

Enfin, le dépistage radiologique rendu obligatoire par le législateur permit de traiter des lésions à leur début et d'améliorer encore les résultats de ce traitement.

Ces résultats étaient remarquables. MORIN, dans sa thèse portant sur 351 malades traitées de 1945 à 1949, ne trouvait plus qu'une mortalité de 4 p.cent. Les formes récentes s'aggravant facilement étaient opposées aux formes anciennes et stabilisées.

Les formes aiguës granuliées, méningites, restaient au-dessus de toute ressource thérapeutique.

Les indications de l'avortement "thérapeutique" étaient d'autant plus rares qu'on avait noté la possibilité de flambées très graves après le troisième mois.

C - La troisième période est marquée par l'apparition des antibiotiques, suscepti-

bles d'agir sur le Bacille de Koch. Ce fut d'abord la streptomycine, isolée par WAKSMAN en 1948, suivie par l'Acide Para-amino-salicylique et l'hydrazide de l'acide iso-nicotinique. Ces derniers connus depuis plusieurs années n'entrèrent que récemment dans la pharmacopée. Tous les auteurs insistent sur les effets remarquables de ces substances chez la femme enceinte tuberculeuse (P. BOURGEOIS, Etienne BERNARD, LEPAGE, MERGER, ISRAEL, PALLIEZ, TORRIANI d'ALLESSANDRIA, SCHAEFER, JENTGENS, MATTERN ...).

Grâce à ces médicaments, la chirurgie thoracique voyait s'ouvrir un nouveau champ d'action permettant l'éradication des foyers résiduels (HERTZOG, TOTY, ISRAEL).

Pour certains auteurs, notamment les allemands et JENTGENS, le début de la gestation et les suites de couches restent, même à notre époque, des périodes critiques, où il faut savoir élargir les indications thérapeutiques. Il n'en reste pas moins que dans la grande majorité des cas, en 1961, la tuberculose de la femme enceinte apparaît comme facilement contrôlée.

- III -

CONSIDERATIONS ETIO-PATHOGENIQUES

-:-

Personne n'étant d'accord sur l'influence qu'aurait la gestation sur le processus tuberculeux, il est impossible d'avancer une hypothèse étio-pathogénique quelconque.

BEVEN, en 1952 a mis en doute la réalité du mécanisme évoqué par SERGENT, selon lequel le pôle supérieur de l'utérus soulevait la base des poumons et les mettait au repos, l'abaissement du diaphragme, consécutif à l'accouchement pouvant entraîner un réveil des lésions.

En admettant une atteinte antérieure de l'endomètre, il est possible aussi que le trophoblaste, par son caractère agressif, mette en liberté des bacilles tuberculeux. FRUHINSHOLZ avait du reste, évoqué un processus semblable lors de la délivrance, le clivage des caduques libérant des bacilles et facilitant une poussée des suites de couches.

On a invoqué aussi les modifications biologiques entraînées par la grossesse. Le rôle du calcium est difficile à prouver et si PARAF insiste sur une anergie transitoire, LURIE, en 1949, a consacré des travaux très intéressants à l'influence des hormones se-

xuelles. L'hormone gonadotrope favoriserait le développement à distance des bacilles, ce qui expliquerait une aggravation du début de la grossesse ; inversement les oestrogènes retarderaient la dissémination de la maladie, en réduisant la perméabilité des tissus conjonctifs et capillaires.

TUBERCULOSE PULMONAIRE ET GROSSESSE

-:-

La tuberculose pulmonaire est de loin la localisation la plus fréquemment observée au cours de la gravidité. C'est elle qui a suscité le plus grand nombre de travaux. C'est à son sujet qu'un certain nombre de règles thérapeutiques peuvent être le plus aisément avancées. Les aspects cliniques sont très différents, suivant qu'il s'agit d'une tuberculeuse qui devient enceinte ou, à l'opposé, de la découverte d'une atteinte bacillaire lors d'un examen radiologique systématique au début de la grossesse. Dans le premier cas, le foyer tuberculeux était connu et traité, parfois cicatrisé ou en voie de guérison. Dans le deuxième cas, c'est une lésion encore jeune, très sensible au traitement.

La femme enceinte tuberculeuse

A - Circonstances de découverte

Il est à noter d'emblée que, si au cours des quatre dernières années, nous avons relevé un pourcentage de 1,2 p.cent de femmes enceintes atteintes de tuberculose pulmonaire, nous n'avons vu, le plus souvent, ces femmes que lors de la dernière consultation

prénatale ou même, seulement, lors de l'accouchement. Seules, les femmes hospitalisées en Phtisiologie nous furent adressées dès les premiers mois pour la surveillance obstétricale, accompagnées de leur dossier.

1°- La tuberculose pulmonaire était connue avant la grossesse et déjà traitée

a) La tuberculose pulmonaire était considérée comme guérie

C'était le cas de la plupart des femmes que nous avons suivies. Elles étaient considérées comme guéries depuis plusieurs années et avaient, depuis cette "guérison", accouché parfois d'un ou plusieurs enfants, sans rechutes. En général, la grossesse n'est pas considérée comme un élément fâcheux, lorsqu'elle survient après un délai supérieur à deux ans, mais une enquête complète doit toujours s'attacher à vérifier l'inactivité d'une image cicatricielle (Radiographies, tomographies au besoin, vitesse de sédimentation, recherche du Bacille de Koch après tubage, par cultures).

Si la guérison date de moins de deux ans, la survenue d'une grossesse est regrettable et l'enquête devra être très poussée. La surveillance pendant la grossesse sera beaucoup plus sévère et nous verrons que les indications thérapeutiques sont modifiées.

b) La tuberculose pulmonaire n'était pas guérie

L'apparition d'une grossesse est encore plus fâcheuse. Il semble exister un danger d'exacerbation qui risque de compromettre les résultats acquis du traitement, mais

l'aspect radiologique des lésions intervient toujours. Mac KELVEY considere qu'un processus fibreux a un pronostic beaucoup plus favorable qu'une lésion ulcéro-caséuse. Il isole également un groupe mal déterminé de tuberculoses modérées, traitées pendant des années sans résultats. Ce dernier groupe reste à la limite des indications thérapeutiques. En fait, le pronostic repose sur les caractères anatomiques des lésions, sur la réponse aux traitements antérieurs et surtout sur l'évolution au cours de la gestation surveillée régulièrement.

2°- La tuberculose pulmonaire est dépistée par l'examen radiologique systematique, au debut de la grossesse.

Cet examen obligatoire en France depuis l'Ordonnance du 2 novembre 1945, article 2, modifiée par Arrêté ministériel du 14 mai 1946, était, chez les femmes que nous avons suivies, fait par le médecin traitant. Il permet de découvrir un foyer tuberculeux latent chez une femme gestante. Si certains, comme aux U.S.A., font d'abord une intradermo-réaction de Mantoux, nous préférons, quant à nous, faire une radiographie systématique. Tous les auteurs insistent sur l'importance de ce dépistage prénatal. PALLIEZ trouve 5 tuberculoses pulmonaires au cours de 3.600 examens ; CHARTIER à Baudelocque, 1,54 p.cent ; REGINSTER, à Liège, 2,46 p.cent ; SCHAEFER, sur 10.000 examens, relève 1 p.cent de malades insoupçonnées.

Cet examen a l'avantage de découvrir des lésions jeunes, limitées en général, et très accessibles au traitement. On précisera la topographie des lésions, leur uni- ou leur bilatéralité, la présence ou non d'une exca-

vation. On s'attachera à rechercher la présence de Bacilles de Koch dans les crachats ou par tubage, à l'examen direct ou en culture. Enfin, on éliminera la possibilité d'une dissémination par le fond d'oeil et, le cas échéant, par la culture des urines et des selles. La vitesse de sédimentation et l'haptoglobulinémie font partie des examens habituels.

Le problème de la nocivité des rayons X est très discuté. En fait, le cliché standard n'entraîne qu'une irradiation de 0,00025 R° sur les gonades (National Tuberculosis Association, 1957) et l'on peut toujours utiliser un écran protecteur sur l'abdomen pour diminuer l'importance de ce rayonnement.

L'influence de la grossesse sur la fréquence d'apparition de la tuberculose semble négligeable (MERGER-PALLIEZ).

3°- La tuberculose peut être découverte dans les suites de couches, soit à l'occasion d'un examen radiologique systématique post-natal, facultatif en France, soit à l'occasion d'un épisode tuberculeux aigu chez l'enfant, dans les semaines ou les mois qui suivent sa naissance. Une de nos observations rapporte un cas semblable.

B - Etude de la gestation

En règle la tuberculose ne provoque aucune anomalie.

C - Evolution et surveillance

1°- La grossesse se développe habituelle-

ment jusqu'au terme normal. On est étonné, surtout dans les cas graves, de voir à quel point le fœtus est capable de s'adapter à un milieu déficient. Les interruptions sont exceptionnelles. La tuberculose ne semble pas influencer la fréquence des affections gravidiques (MATTERN).

2°- La tuberculose

L'essentiel de la surveillance d'une femme enceinte tuberculeuse consiste à apprécier les résultats du traitement. Pour MERGER, les critères majeurs sont la disparition des bacilles tuberculeux, l'effacement des cavités, le nettoyage important des lésions nodulaires ou des infiltrats.

Mais chez une femme dont la tuberculose a été découverte au cours du premier examen prénatal, on ne peut espérer qu'une amélioration limitée ou même seulement une stabilisation, étant donné le court laps de temps qui sépare la mise en oeuvre du traitement et l'accouchement. La période des suites de couches reste pour la plupart des auteurs, un cap critique.

Pour MERGER, l'amélioration est fréquente, 40,6 p.cent. On obtiendrait une stabilisation dans 51 p.cent des cas, mais le simple fait de l'obtenir avant terme est très favorable.

Il est rare d'observer des aggravations sous traitement. Elles peuvent être dues à une résistance du germe, mais il est très difficile de les rapporter à la grossesse.

Nous montrerons dans une de nos observations que cette aggravation peut être due

à un traitement suivi irrégulièrement (Indocilité de la malade - Conditions sociales).

Une éventualité fâcheuse, proche du cas précédent, quant au résultat, est réalisée par une tuberculose pulmonaire bilatérale, largement excavée, dépistée dans les derniers mois. Le pronostic est beaucoup plus grave ; malgré un traitement intensif, la stabilisation est souvent impossible à obtenir et le post partum peut être grevé de complications graves. (Une hémoptysie dans l'observation citée ci-dessous et que nous reverrons).

3°- Un cas particulier est réalisé par les femmes ayant subi une intervention thoracique avant la grossesse. Malgré des exérèses très importantes, lobectomie ou même pneumonectomie, l'adaptation du parenchyme restant est souvent excellente (AMSLER-GOYER-ROUCHY). Il est exceptionnel d'observer des accidents d'asphyxie obligeant à utiliser des respirateurs artificiels comme MOLLARET en rapporte un cas. LACOMME pense que l'adaptation de l'air courant et de l'hyperventilation se fait d'autant moins que la déficience est plus sérieuse. La femme arriverait au terme de sa grossesse, en état d'insuffisance ventilatoire plus ou moins marquée.

L'accouchement de la femme tuberculeuse

Dans la grande majorité des cas, la femme atteinte de tuberculose pulmonaire accouche à terme. Le mécanisme du travail est normal ou même plus rapide (MATTERN). L'accouchement n'offre aucune difficulté particulière mais oblige à respecter certaines règles de prudence. Il faut éviter à la mère une fa-

tigue excessive qui, du fait de l'atteinte pulmonaire, entraînerait une anoxie progressive retentissant sur le fœtus et des phénomènes congestifs broncho-vasculaires, sources de dissémination. La période de dilatation ne doit pas être trop longue, la phase d'expulsion doit être raccourcie ou, en tous cas, ne pas dépasser certaines limites.

L'accouchement devrait avoir lieu dans un centre hospitalier.

a) Pendant le travail : l'accord semble réalisé pour, logiquement, en prendre la direction. La préparation psychoprophylactique est toujours utile. Les règles de l'accouchement optimum de LACOMME seront appliquées. On sera donc amené à utiliser un certain nombre de médicaments antispasmodiques ou ocytociques, associés à l'oxygène.

Si les narcotiques, la Morphine et même la Scopolamine, semblent à éviter, parce qu'ils entraînent une inhibition du réflexe de la toux et une stase des sécrétions bronchopulmonaires (SCHAEFER MATTERN), les autres antispasmodiques, en particulier le Dolosal, seront largement employés.

En ce qui concerne les ocytociques, en cas de nécessité, LACOMME les emploie en perfusion intra-veineuse, sans noter de contre-indications.

Dans l'ensemble, la durée du travail est sensiblement normale, mais certains auteurs (SCHAEFER) préfèrent la raccourcir encore en associant la rupture de la poche des eaux et les ocytociques.

b) Pendant l'expulsion, l'accord semble également réalisé pour éviter une durée excessi-

ve. La plupart des femmes accouchent normalement, surtout les multipares.

Autrement une application de forceps peut être décidée. Systématique pour les uns (FALLIERZ), elle est fonction pour les autres d'un délai maximum de 30 minutes et MATTERN, sur 788 accouchements a fait 47 forceps, dont 45 p.cent chez des primipares.

Nous citerons quelques indications particulières :

- les cavernes importantes, avec danger d'hémoptysie et de dissémination bronchique
- une insuffisance ventilatoire, due à des lésions étendues ou à une intervention thoracique antérieure.

En fait, chaque femme représente un cas particulier. La décision repose avant tout sur la collaboration entre le phthisiologue et l'accoucheur.

Cette application de forceps nécessite une anesthésie dont les modalités sont discutées. Si les anesthésiques volatils, comme l'éther ou le chloroforme, sont à rejeter, parce qu'ils entraînent une inconscience post-opératoire trop prolongée et inhibent l'expectoration, le Protoxyde d'Azote et le Cyclopropane, associés à l'oxygène semblent particulièrement indiqués, surtout le Cyclopropane, qui autorise un pourcentage élevé d'oxygène pendant l'anesthésie. Les Barbituriques, Pentobarbital de Soude, Evipan, Trofanal, sont utilisés.

Pour MATTERN et SCHAEFFER, l'anesthésie locale paraît très intéressante. (Anesthésie du bloc honteux interne).

Quant à la Césarienne, les indications tenant à la tuberculose varient avec les auteurs et les lésions. (Mauvais état général, avec cavernes bilatérales, greffes pour Mal de Pott). L'anesthésie appelle les mêmes réserves que pour l'application de forceps.

Enfin, la tuberculose ne semble avoir aucune influence sur la pathologie propre du travail.

Les suites de couches chez la femme tuberculeuse

Elles constituent un cap délicat à franchir.

A - On a décrit depuis longtemps des flambées aiguës du post-partum

PALLIEZ on a rappelé récemment l'existence ; R. COHEN en donne une excellente description : "dans les quelques jours qui suivent l'accouchement, ou plus rarement dans les dernières semaines de la grossesse, une flambée aiguë se produisait brusquement. La fièvre montait, quelquefois accompagnée de frissons ; l'état général s'altérait, les signes s'aggravaient et amenaient généralement la mort en quelques semaines ou en quelques mois. Dans la plupart des cas, il s'agissait de miliaires et une méningite tuberculeuse survenait fréquemment ; dans d'autres cas, on trouvait une broncho-pneumonie tuberculeuse. Elles pouvaient même poser des difficultés diagnostiques avec l'infection puerpérale".

L'origine de ces flambées a été discutée. On a invoqué la déplétion abdominale brutale, modifiant la cinétique du diaphragme et l'expansion pulmonaire, mais aussi les perturbations hormonales, la perte de sang et le manque de repos à domicile.

FRUHINSCHOLZ avait trouvé des lésions pré-existantes de tuberculose génitale et il n'est pas exclu que le décollement de la caduque ne mette en liberté des bacilles latents de l'endomètre.

A côté de ces poussées aiguës, du reste exceptionnelles, il existe un certain nombre de malades qui présentent une aggravation de leurs lésions dans les suites de couches, malgré le traitement antibiotique. PALLIEZ, en 1959, note 22 p.cent d'aggravations sur 115 cas, avec une mortalité de 4 p.cent.

Le rôle de la grossesse au cours de ces aggravations reste très discuté. Pour HEDWALL, elles correspondraient à une tendance spontanée de la maladie, les chiffres étant sensiblement les mêmes chez des femmes non enceintes. Pour SCHAEFFER, si une aggravation doit survenir, sous l'influence de la grossesse, c'est dans les trois mois qui suivent l'accouchement. JENTGENS est plus réservé et considère que si les chiffres sont effectivement comparables avec ceux des séries de femmes non enceintes, il existe des aggravations qui ont un rapport certain avec la grossesse.

On voit la difficulté de conclure. Pour nous, nous pensons que la période des suites de couches met la femme en état de moindre résistance. Et, même si l'avenir doit nous donner tort, nous sommes favorables à une extension des indications thérapeutiques pendant les suites de couches. On sait du reste qu'en France la loi conseille un nouvel examen radiologique après l'accouchement. LACOMME cite 0,63 p.cent de femmes ainsi dépistées.

B - Toutefois, les aggravations sont rares.

Dans la grande majorité des cas la tuberculose est inchangée ou s'améliore sous l'effet du traitement.

C - Sur le plan purement obstétrical, l'allaitement est déconseillé. Bien que tous les phthisiologues ne partagent pas cette opinion, nous pensons qu'il a une action défavorable et le danger de contamination de l'enfant suffit, à notre avis, pour l'interdire.

Le lever précoce et la gymnastique modérée gardent toute leur valeur.

Enfin, malgré l'action du traitement, une nouvelle grossesse est à déconseiller avant une guérison de deux ans au moins.

L'enfant né de mère tuberculeuse

L'enfant né de mère tuberculeuse est normal dans la grande majorité des cas. La contamination par voie placentaire est considérée comme exceptionnelle. Elle accompagne des lésions à tendance miliaire. SNOECK, dans son ouvrage sur le placenta, dit n'avoir rencontré qu'une centaine de cas connus de tuberculoses congénitales authentiques ; c'est dire sa rareté.

Les lésions spécifiques siègent à la surface des villosités, dans le stroma villositaire ou au niveau des plaques basales et choriales. Mais l'atteinte placentaire n'entraîne pas nécessairement des lésions spécifiques chez le fœtus. On a invoqué le rôle protecteur de l'hypoxie relative.

En fait, en pratique, le foetus naît indemne de toute infection tuberculeuse, mais le danger est réalisé, comme nous le verrons dans une de nos observations, par sa mère malade.

L'élevage de ces enfants lorsqu'ils sont isolés est satisfaisant dans la plupart des cas. Mais LACOMME et MERGER notent parfois quelques difficultés dans les premières semaines. Quant au syndrome dit de "dénutrition" décrit autrefois par COUVELAIRE et LACOMME, il paraît très rare.

Le véritable danger pour l'enfant né de mère tuberculeuse consiste à le laisser auprès de sa mère. Depuis Léon BERNARD, fondateur de l'oeuvre Grancher, la règle est de séparer l'enfant de sa mère dès la naissance. Les résultats de cette méthode ne sont plus à démontrer. Ceci est encore précisé par les statistiques récentes des auteurs italiens (DURANDO-BERTOLI-LANDUCCI et PORTA).

On séparera donc l'enfant de sa mère dès la naissance. Toutefois, MATTERN conseille de ne pas couper immédiatement le cordon pour éviter une perte inutile de sang. L'enfant sera montré à sa mère et isolé.

Il sera ensuite vacciné au B.C.G. (loi sur le B.C.G. du 5 janvier 1950, rendant obligatoire la vaccination des enfants du premier âge, vivant au foyer des tuberculeux), un à trois jours après sa naissance ou bien lorsque son état général sera satisfaisant. Il ne pourra être remis à sa mère que lorsque tout danger de contamination aura disparu avec certitude. Rappelons les contre-indications officielles : dermatoses étendues, débilité et prématurité) ; pas d'autre vaccination avant deux mois.

Même dans les formes inactives, il semble que, dans les premières semaines, la présence de l'enfant serait à éviter, car elle crée un surcroît de fatigue chez une femme qui doit bénéficier d'une période de repos plus importante que normalement. Etienne BERNARD signale que des tuberculeuses apparemment guéries sont encore responsables de 13 p.cent de primo-infections (1961).

Enfin, dans certains pays défavorisés, où l'endémie tuberculeuse reste importante, l'isolement difficilement réalisable, des résultats intéressants ont été obtenus par la chimioprévention de DEBRE (I.N.H.-PAS). Elle empêcherait le développement de la tuberculose sur un organisme neuf.

° °

Telle est sensiblement l'évolution actuelle de la tuberculose pulmonaire chez la femme enceinte. Le traitement de la tuberculose ayant considérablement amélioré le pronostic de cette affection, la grossesse joue un rôle relativement peu important dans cette association. Les poussées graves des suites de couches sont, en particulier, devenues exceptionnelles. Les exacerbations évoquées par certains auteurs restent facilement jugulées par le traitement anti-tuberculeux. Et la raison suit le conseil de PINARD, qui, déjà en 1912, conseillait de soigner la tuberculose et de surveiller la grossesse.

Une telle attitude ne peut que faire reculer les indications de l'avortement dit "thérapeutique". Un très grand nombre d'auteurs le rejettent délibérément. D'autres le discutent avant le troisième mois (P. BOURGEOIS,

R. COHEN), devant des tuberculoses actives bilatérales et ulcéro-caséieuses, partiellement ou totalement résistantes aux antibiotiques, ne pouvant être raisonnablement stabilisées avant le terme et pour lesquelles subsiste un espoir d'amélioration par un programme thérapeutique long et complexe (CHADOURN). Pour SCHAEFFER néanmoins, une aggravation des lésions malgré un traitement bien conduit ne serait pas suffisante, puisque l'avortement en lui-même comporte les mêmes dangers qu'un accouchement. Un élément surajouté serait nécessaire (Diabète, tuberculose non fermée de la hanche ou du genou, une insuffisance pulmonaire très importante réalisée par un poumon unique envahi, une tuberculose rénale très avancée, une aggravation de la tuberculose à des grossesses antérieures). On voit la rareté des indications de l'avortement pour ceux qui en acceptent le principe.

Rappelons qu'il soulève par ailleurs, un problème religieux et moral :

- il sacrifie délibérément un être vivant, qui, dans l'immense majorité des cas s'élèverait de manière normale, n'étant pas contaminé.

- sur le plan religieux, l'église catholique s'élève formellement contre lui. L'enfant ne peut être sacrifié, même dans l'intérêt de la mère.

- sur le plan psychologique, le sacrifice de l'enfant n'est pas sans dangers chez certaines primipares.

Même accepté, l'avortement demande un certain nombre de formalités juridiques, bien précisées par le législateur.

- V -

OBSERVATIONS CLINIQUES

-:-

La tuberculose pulmonaire était connue avant la grossesse. Elle était considérée comme guérie depuis plusieurs années.

Observation n°1 - Madame P..., IX^e pare,
âgée de 40 ans, entre en salle de travail
le 29 juin 1959, à terme.

Dans ses antécédents obstétricaux, nous relevons 8 grossesses, de 1940 à 1954. C'est au cours des suites de couches de la dernière grossesse (1954) qu'apparaît un épisode pseudo-grippal, qui ne cède pas au traitement banal. Une radioscopie montre l'existence d'une cavité du lobe moyen droit. Cette femme est mise au traitement antibiotique double (Streptomycine : 1 gramme par jour et P.A.S. : 15 grammes par jour). Une lobectomie est faite à Paris en 1955. Elle est considérée comme guérie.

Accouchement : à l'entrée dans le service, le 29 juin, à 0 h 15, le col est effacé, dilaté à 1 cm.

- A 5 heures : même examen. Contractions insuffisantes.

Thérapeutique : 1 Dolosal, 0,10 cg
2 Spartéine, 0,20 cg
en injection intra-musculaire.

- A 7 h 20 : dilatation complète

- Expulsion spontanée à 7 h 30, d'une fille de 3.540 g , criant aussitôt. Elle est séparée de la mère.

- Délivrance normale.

- Suites de couches normales.

- Tous les examens radiologiques et biologiques sont normaux.

- La mère sort au dixième jour, avec son enfant qui est vacciné au B.C.G.

- Conclusion : femme lobectomisée et guérie, qui, quatre ans après sa guérison accouche normalement d'un enfant sain.

o

Observation n°2 - Madame M... deuxième pare à terme, âgée de 27 ans, entre en salle de travail, le 27 mai 1959, à dilatation complète.

Elle accouche spontanément, en 10 minutes d'un garçon de 3.910 g.

Délivrance normale. Suites de couches normales.

Dans ses antécédents, nous notons l'existence d'une tuberculose pulmonaire ulcéro-caséuse qui a nécessité, en 1948, un premier pneumothorax, à droite et, en 1949, un deuxième pneumothorax à gauche. Mise à la Streptomycine, en 1950, son état général s'améliore rapidement, mais, en 1952, l'atteinte du rein

droit nécessite une néphrectomie en 1953, malgré le traitement antibiotique.

- Au cours de cette hospitalisation, aucune rechute. En plus des examens radiologiques et des cultures, nous avons, fait par principe, une recherche de Bacilles de Koch dans les urines qui, elle aussi, était négative.

- Aucun traitement ne fut entrepris.

- L'enfant s'est élevé normalement et il est actuellement en bonne santé.

- Conclusion : Tuberculose pulmonaire bilatérale, traitée sans succès par la collapsothérapie, guérie par les antibiotiques, et sur laquelle est venue se greffer une tuberculose rénale, guérie par néphrectomie. Accouchement et suites de couches normaux.

Observation n°3 - Madame S..., deuxième pare de 30 ans, au terme de 7 mois et 14 jours entre dans le service, le 23 mars 1961, à 17 heures pour rupture prématurée de la poche des eaux et début de travail.

- Antécédents : tuberculose pulmonaire excavée en 1948, traitée par pneumothorax. Malgré cette thérapeutique, et l'apparition de la streptomycine, son état général et local s'aggrave, ce qui, en 1951, justifie une thoracoplastie gauche de 5 côtes. Elle est actuellement considérée comme guérie, mais le pneumo-phthisiologue recommande, en raison d'une insuffisance ventilatoire marquée, d'éviter une expulsion spontanée chez cette femme.

- Accouchement : Elle entre en salle de travail le 24 mars, à 14 heures.

- Les contractions utérines sont régulières toutes les 5'.

- Le col est effacé et dilaté à 5 cm. Présentation céphalique engagée en O.I.G.A.

- A 14 h 25, dilatation complète.

- A 14 h 30, application systématique de forceps à la partie basse de l'excavation et extraction d'un foetus de sexe féminin, pesant 2.110 g, criant aussitôt, mais d'aspect prématuré, qui est isolé immédiatement.

- Délivrance dirigée, normale.

- Anesthésie : cyclopropane et oxygène.

- Suites de couches normales.

- Conclusion : application de forceps systématique chez une femme porteuse d'une thoracotomie gauche et présentant une insuffisance ventilatoire.

o

Observation n°4 - Madame R..., primipare âgée de 19 ans, à terme, entre en salle de travail, le 25 novembre 1960, à 2 h 55, pour début de travail.

- Antécédents : en 1955, âgée de 15 ans, au cours d'un dépistage systématique scolaire, on découvre une image nodulaire du sommet droit et une caverne du poumon gauche. Hospitalisée et traitée pendant une année par les trois antibiotiques.

En 1957, elle consulte un phtisiologue qui la remet au traitement par I.N.H. 300 mg par jour. A la fin de la même année, elle va consulter un troisième spécialiste qui la met au traitement triple (P.A.S. : un flacon de 15 grammes tous les deux jours ; Streptomyci-

ne 0,50 g tous les deux jours ; Rimifon per os, 250 mg par jour, pendant un an.

Aucun traitement depuis la fin de 1958.

- Accouchement : à son entrée à 3 heures, contractions utérines régulières, toutes les dix minutes.

L'examen montre une présentation céphalique fixée en O.I.G.A. Les bruits du coeur foetal sont bons.

Au T.V., le col épais, mais souple est dilaté à 3 cm.

le segment inférieur est mal formé
la poche des eaux est bombante
présentation céphalique fixée en
O.I.G.A.

A 4 h 45 : contractions utérines fortes et rapprochées, toutes les 4' ; le col est dilaté à 5 cm, souple : rupture artificielle de la poche des eaux, un Dolosal intra-musculaire.

A 6 heures : dilatation à 8 cm, col bridant. 2 ampoules de spasmavérine sont injectées par voie intra-musculaire pour assouplir le col.

A 7 h 30 : dilatation complète :
présentation engagée en O.I.G.A.

A 8 h 15 : application systématique de forceps à la partie basse, qui permet l'extraction d'une fille de 3.300 g, criant aussitôt.

Délivrance artificielle systématique et révision utérine.

- Suites de couches : normales, mais une radiographie systématique montre la présence

de quelques nodules suspects dans le champ pulmonaire gauche. Le phtisiologue préfère remettre cette femme guérie depuis deux ans à peine au traitement antibiotique double (Streptomycine 1 g deux fois par semaine et Rimifon 300 mg par jour). Elle sort au dixième jour.

L'enfant séparé dès la naissance, a été vacciné au B.C.G.

- Conclusion : application de forceps systématique chez une primipare "guérie" depuis deux ans, pour raccourcir la durée de la période d'expulsion. Reprise du traitement antibiotique devant des lésions radiologiques suspectes.

Observation n°5 - la tuberculose pulmonaire était connue depuis plusieurs années et traitée. Elle n'est pas guérie.

Madame H..., 12e pare de 45 ans, indochinoise, entre en salle de travail le 12 mai 1961, envoyée par le service de Phtisiologie pour "grossesse à terme et début de travail chez une femme porteuse d'une tuberculose pulmonaire évolutive".

- Dans les antécédents, nous notons que cette femme est enceinte tous les deux ans depuis 1939 ; elle accouche normalement d'enfants pesant 3.800 g en moyenne. Dans les dix dernières années, trois des nouveaux-nés sont décédés, l'un quelques jours après sa naissance, les deux autres à 1 et 3 mois, sans qu'aucune étiologie précise paraisse connue de cette femme qui parle à peine le français.

- Elle est suivie depuis 1951, mais hospitalisation et traitements ne sont possibles

que dans les derniers mois de chaque grossesse, cette femme étant particulièrement indocile.

Elle est suivie depuis 1957 à Poitiers, entre régulièrement au cours du sixième ou septième mois de grossesse avec un état général très atteint ; elle est traitée deux, trois, au maximum six mois après l'accouchement, puis elle quitte volontairement le service, non guérie et ne suit plus aucun traitement continu.

- La grossesse actuelle fut diagnostiquée en septembre 1960 et la radiographie pulmonaire alors pratiquée montrait une opacité non homogène du sommet droit, avec des images cicatricielles des deux poumons. Elle est hospitalisée et traitée par Viocyne, I.N.H. et P.A.S., malgré quoi les lésions s'étendent vers la base du poumon droit.

- A son entrée en salle de travail, le 12 mai 1961, à 22 heures : grossesse à terme, présentation céphalique fixée en O.I.D.P. ; col souple, dilaté à 8 cm ; poche des eaux plate. Rupture artificielle de la poche des eaux : liquide clair.

A 22 h 45 , dilatation complète, présentation céphalique engagée en O.I.D.A., à la partie moyenne de l'excavation.

A 23 h 15, application de forceps systématique, permettant l'extraction d'une fille pesant 3.200 g, criant aussitôt et séparée de la mère.

A 23 h 25, délivrance spontanée, normale et complète.

- Deux ampoules de Méthergin intra-musculaires.

- Bonne rétraction utérine.
- Le lendemain, 13 mai 1961, à 8 heures, survient une hémoptysie de petite abondance suivie, pendant deux heures, d'une expectoration sanglante.
- Elle est réhospitalisée le soir même en Phtisiologie et remise au traitement triple associé.
- En juin, elle est mise au Trécator, puis le 20 novembre 1961 sort sous sa responsabilité, non guérie, en attendant une nouvelle grossesse et une nouvelle hospitalisation, à moins que la ménopause ne mette un terme à cette série.

L'enfant isolé en Pouponnière a été vacciné au B.C.G.

- Conclusion : Grossesses itératives chez une femme atteinte de tuberculose pulmonaire évolutive, mal traitée (Indocilité, conditions sociales, transplantation). Forceps systématique pour éviter à cette femme la fatigue due à une expulsion spontanée. Hémoptysie des suites de couches.

Observation n°6 - La tuberculose est découverte au cours de la grossesse.

Madame B..., 3e pare de 40 ans, entre dans le service, le 15 février 1961, à terme, pour début de travail.

L'examen radiologique systematique avait, au troisième mois de la grossesse, montré l'existence d'une opacité non homogène du sommet droit. Des tomographies avaient éliminé la possibilité d'une ulcération. La bacillos-

copie était positive.

Le traitement, à domicile, comportait une injection quotidienne de Streptomycine (1 g par jour) et du Rimifon per os (300 mg par jour).

Elle entre en salle de travail le 16 février, à 5 h 10.

- Présentation céphalique mobile, col effacé, dilaté à 1 cm.

- Contractions utérines toutes les 5', durant 25".

- A 7 heures, dilatation complète.

- A 7 h 45, expulsion spontanée en O.S. d'un garçon pesant 3.350 g.

- Délivrance normale.

- Dans les suites de couches, elle est confiée au ptisiologue pour examens complémentaires. Les radiotomographies montrent l'existence de multiples nodules fibro-caséux, bilatéraux. Le ptisiologue demande l'hospitalisation, le traitement intensif et prolongé aux trois antibiotiques. L'enfant devrait être vacciné au B.C.G. Il signale que cette femme est "peu compréhensive". Son mari, le lendemain, vient la chercher et sans que nous ayons eu le temps de compléter l'enquête reprend la mère et l'enfant en s'opposant à toute vaccination.

- Conclusion : tuberculose dépistée au cours du premier examen prénatal. Pas de traitement valable, en raison de l'indocilité de la malade, de son milieu social (Ethylisme).

Observation n°7 - La tuberculose de la mère est découverte dans les suites de couches,

à l'occasion d'une tuberculose hématogène de l'enfant.

Madame A..., troisième paré âgée de 23 ans, entre en salle de travail, le 8 mai 1961, à 21 heures, au terme de 8 mois et deux semaines, pour rupture prématurée de la poche des eaux.

A l'entrée : col mince, dilaté à 6 cm, présentation fixée en O.I.G.A.

A 23 h 30 : col dilaté à 6 cm, contractions utérines toutes les 5'.

A 0 h 30 : dilatation complète. Présentation engagée en O.I.G.A., à la partie haute de l'excavation.

A 0 h 50 : expulsion spontanée d'une fille de 3.170 g, criant aussitôt, et paraissant normalement constituée.

A 1 h 20 : délivrance normale et complète.

Les suites de couches sont normales. On note seulement a posteriori, que la température reste entre 37° et 37°6. L'enfant est mis au sein. Il a un comportement normal quand la femme sort le sixième jour. Il pèse alors 2.975 g.

- A deux mois, l'enfant fait une rhinopharyngite, à laquelle succède, malgré le traitement antibiotique, une bronchite. Malgré le traitement au Chloramphénicol la fièvre continue à osciller autour de 38°5, tandis qu'une diarrhée apparaît. Enfin, au début du mois d'août 1961, la fièvre remonte à 39°5 ; il persiste une toux sèche, sans dyspnée, ni cyanose, ni signe d'auscultation.

- L'enfant est hospitalisé dans le service

des Enfants Malades, le 19 août 1961, âgé de trois mois et demi.

- Subfébrile : 38°. L'état général est bon.

- L'examen est entièrement négatif, sauf une raideur discrète de la nuque qui amène à pratiquer une ponction lombaire ramenant un liquide clair.

- Trois heures après son entrée, l'enfant fait une aggravation subite. Etat toxique. L'enfant est gris, déshydraté et vomit. Perfusion intraveineuse de sérum glucosé isotonique avec Vitamines C et B12, Terramycine, Digitaline 1 goutte sur la langue.

- Le lendemain matin, l'état s'est amélioré et l'on peut faire une radiographie du thorax qui montre une image de miliaire pulmonaire généralisée, avec une image claire, sous-claviculaire droite de la taille d'une pièce de 50 centimes.

- Les résultats de l'examen du liquide céphalo-rachidien ne montrent rien d'anormal. Pas de Bacilles de Koch à l'examen direct. La numération formule montre 22.800 globules blancs dont 78 p.cent de polynucléaires, 12 p.cent de lymphocytes et 5 p.cent de monocytes.

- Une coproculture montre la présence de Colibacille III B4.

- Le traitement est institué dès la constatation des lésions pulmonaires et l'enfant est mis au P.A.S. per os, 1 gramme par jour, à l'I.N.H. 0,05 gramme par jour et à la streptomycine : 0,25 g par jour.

- Le diagnostic de miliaire tuberculeuse

est confirmé encore le lendemain par la découverte, à l'examen du fond d'oeil gauche, d'une tubercule de Bouchut, en évolution. Il y aura même un mois après l'hospitalisation une véritable choréïdite à gauche.

- La recherche des Bacilles de Koch dans le liquide cephalo-rachidien et dans le liquide de tubage reste négative.

- Actuellement, l'état général est excellent. Poids 6.100 g; la dernière radiographie a montré l'effacement progressif de l'image miliaire et les tubercules choroïdiens sont, au fond d'oeil, en voie de cicatrisation.

- L'enquête étiologique devait rapidement montrer que la mère porteuse d'une tuberculose pulmonaire excavée avait en plus un liquide de tubage riche en bacilles tuberculeux.

- La contamination fut vraisemblablement massive chez cet enfant nourri au sein par surcroît.

- Rappelons que nous ne voyons, le plus souvent, ces femmes qu'en salle de travail, la grossesse n'étant pas suivie par nous. Cet exemple montre l'intérêt de l'examen radiologique post-natal conseillé par le législateur.

- Conclusion : accouchement normal chez une femme dont la tuberculose n'avait pas été dépistée à temps. Contamination massive post-natale chez l'enfant mis au sein. Tuberculose hémotogène du nourrisson, en voie de guérison sous traitement antibiotique.

- VI -

TRAITEMENT

-:-

Nous envisagerons essentiellement le traitement phtisiologique, puisque nous avons vu les règles de conduite obstétricale, au chapitre de l'accouchement, de l'enfant et des suites de couches.

Ce traitement est celui de toute tuberculose pulmonaire avec un certain nombre de nuances tenant à la tolérance du foetus et aux indications thérapeutiques.

Il est basé sur les thérapeutiques médicales, antibiotiques qui ont transformé le pronostic de la tuberculose, ces dix dernières années.

Il a conservé la cure de repos qui garde toute sa valeur.

Il peut être complété par un traitement local, collapsothérapie ou chirurgie d'exérèse, dont l'importance s'est considérablement accrue.

A - METHODES

I°- Le traitement médical

Il comprend trois drogues majeures :

a) La streptomycine ou, mieux, la dihydrostreptomycine. Découverte par WAKSMAN, elle fut utilisée à partir de 1949.

Elle est administrée par voie intra-musculaire, à la dose quotidienne de 1 gramme à 1,50 g au début du traitement, trois mois en général ; puis de façon discontinue pendant la durée du traitement ultérieur, à raison de 1 gramme trois fois par semaine, pour éviter l'atteinte de la VIII^e paire. Elle a une action très efficace sur le Bacille de Koch, mais celle-ci peut être inhibée au bout d'un temps variable par la résistance des bacilles. Cette résistance paraît retardée par l'association à d'autres agents chimiothérapiques, tels que l'Acide Para-amino-salicylique ou l'hydrazide de l'acide iso-nicotinique ou I.N.H.

La streptomycine traverse le placenta (SNOECK, WAKSMAN, GRASSET, de WATTEVILLE et DOSSENA) et elle est retrouvée dans le liquide amniotique, le sang du cordon et les humeurs foetales (JENTGENS).

La toxicité du produit pour le foetus évoquée par les travaux de RISKAER, en 1952, sur le Cobaye, ne semble pas jouer, aux doses thérapeutiques usuelles, d'après KRAUBIG (1954).

b) L'acide para-amino-salicylique ou P.A.S. est apparu ultérieurement. Il est administré per os, ou, de préférence, en perfusion.

Per os, à raison de 0,20 g environ par kilogramme de poids et par jour, pendant la durée du traitement.

En perfusion, à raison de 15 grammes par

- jour, dans 500 centimètres cubes de sérum, tous les jours, pendant trois à quatre mois.

La résistance des Bacilles tuberculeux semble apparaître plus tardivement qu'avec la streptomycine. Ce produit reste néanmoins bien moins actif.

Le P.A.S. traverse également la barrière placentaire (SNOECK) ; mais il est sans dangers pour le fœtus.

c) L'hydrazide de l'acide iso-nicotinique ou I.N.H. ou Rimifon

Connu des chimistes depuis longtemps, il n'est utilisé dans le traitement anti-tuberculeux que depuis 1958.

Il est administré, soit associé au liquide de perfusion du P.A.S. et à la streptomycine, à raison de 0,010 gramme par kilogramme de poids et par jour, soit par voie buccale.

Les résultats seraient plus favorables avec des comprimés répartis au cours de la journée. On tend actuellement à utiliser les trois produits en association, pour éviter toute résistance des bacilles.

Ces trois antibiotiques majeurs ont considérablement amélioré le pronostic de la tuberculose pulmonaire, mais aussi de la tuberculose pulmonaire associée à la grossesse. Cette association remarquable tend à faire minimiser l'influence éventuelle de la gravidité que certains, même, considèrent comme nulle.

Plus récemment, ont été utilisées la Viomycine et la Cyclosérine, ainsi que le 13/14 ou Ethionamide. (Noël RIST). Ce sont des an-

tibiotiques de relai plutôt que d'attaque.

2°- La cure de repos

Elle garde toute sa valeur. Toutefois, SCHAEFER l'utilise de façon moins stricte depuis l'apparition des antibiotiques. Elle n'est souvent réalisable qu'en milieu hospitalier.

3°- Les méthodes locales

Elles comprennent la collapsothérapie et les méthodes chirurgicales d'exérèse.

a) La collapsothérapie est beaucoup moins utilisée actuellement avec le traitement médical.

Elle a été longtemps le seul traitement efficace. On l'utilise encore dans certains cas résistants, qu'il s'agisse de pneumothorax intra-pleural complété ou non par des sections de brides, de pneumothorax extra-pleural ou de thoracoplastie.

b) Les exérèses chirurgicales. A l'inverse de la collapsothérapie, elles sont beaucoup plus utilisées. Elles sont permises par les progrès de la chirurgie thoracique et la protection qu'apportent les antibiotiques. Elles permettent l'ablation définitive de foyers résiduels résistants, sources de dissémination.

Il peut s'agir de résection segmentaire, de lobectomie ou de pneumonectomie.

Ces interventions sont pratiquées de préférence en dehors de la grossesse, mais on a pu les pratiquer au cours même de la gestation, pour éviter une dissémination.

L'enfant paraît supporter très bien ces interventions ; la surveillance des bruits du coeur a montré qu'ils ne dépendaient pas tant de l'anesthésie que de la technique opératoire. (Pression sur le diaphragme, position de l'opérée, Mac MANIS et MURDOCH). Le troisième trimestre est néanmoins à éviter étant donné le risque d'accouchement prématuré.

Dans les suites de couches, par contre, il semble que l'on ait intérêt à attendre trois ou quatre mois, la cinquième semaine étant considérée comme un cap critique.

Quant au déficit respiratoire, les auteurs ne le considèrent pas comme très important, malgré une diminution allant de 30 p.cent à 50 p.cent (JENTGENS).

Dans l'ensemble, les suites opératoires sont bonnes. Les avortements ou les accouchements prématurés sont rares. La guérison survient dans les mois qui suivent l'intervention, après poursuite du traitement médical, couvrant une période de dix-huit mois environ, depuis le début.

B - LES INDICATIONS

Elles dépendent du type de la tuberculose avec, peut-être du fait de la grossesse, une tendance à élargir les indications thérapeutiques.

Nous envisagerons tout d'abord, le cas le plus typique de la tuberculose évolutive, dépistée au cours de la grossesse, pour étudier ensuite les cas particuliers de femmes dont la tuberculose était déjà connue ou de celles qui présentent une primo-infection.

1°- La tuberculose est dépistée au cours de la grossesse.

a) si elle est évolutive

Malgré l'optimisme de nombreux auteurs, il est souvent admis que la tuberculose pulmonaire évolutive est susceptible de passer par trois périodes, au cours de la grossesse :
- une période d'exacerbation au cours des trois premiers mois, une deuxième période de calme relatif, jusqu'aux derniers mois, une troisième période d'activité encore plus marquée qu'au cours de la première, correspondant rarement aux derniers mois, souvent aux deux mois qui suivent le post partum.

Ces notions expliquent l'objectif du traitement. Si la guérison ne peut être obtenue dans le court délai qui est placé entre le dépistage de la lésion et l'accouchement, il est néanmoins possible en général, d'éteindre les processus inflammatoires et d'obtenir une régression suffisante pour que l'accouchement se fasse sans craindre une évolution fâcheuse. La poursuite du traitement amène ensuite la guérison.

Il apparaît d'emblée que les cinq ou six mois utilisables avant le terme sont un délai très court. Il faut donc tenter de dépister la tuberculose le plus tôt possible, pour essayer de gagner quelques semaines. L'examen obligatoire de la fin du troisième mois semble trop tardif.

Il est nécessaire d'employer toutes nos ressources thérapeutiques pour obtenir très vite une stabilisation ante partum, précédant la poussée possible et menaçante du post-partum.

Ce traitement associera les trois antibiotiques :

- perfusions quotidiennes de P.A.S.
- streptomycine, un gramme par jour pendant trois mois, puis trois fois par semaine
- isoniazide, 0,010 gramme par kilogramme de poids et par jour, quel que soit le mode d'introduction.

A ces drogues, s'ajoute nécessairement une cure de repos intégrale. Elle n'est souvent réalisable qu'en établissement spécialisé qui permet d'éviter la contamination familiale.

Un contrôle périodique et minutieux, bactériologique et radio-tomographique en suit les résultats. Il est nécessaire d'être très strict dans leur appréciation et de ne considérer une stabilisation comme valable, ante partum, que si elle s'accompagne de la disparition des bacilles, de la fermeture des cavités, du nettoyage partiel ou en tout cas, notable des opacités.

La majorité des tuberculoses pulmonaires ont ainsi une évolution limitée et réagissent favorablement à ce traitement.

Dans certains cas, toutefois, la persistance des bacilles et des cavités nécessite un renforcement de la thérapeutique dans les derniers mois de la grossesse.

On pourra ainsi être amené à effectuer :

- un pneumothorax intra-pleural complété ou non par des sections de brides.
- un pneumothorax extra-pleural chirurgical

- une thoracoplastie

- ou plutôt aujourd'hui une exérèse segmentaire ou lobaire, qui pour beaucoup, est l'intervention de choix lorsqu'elle est réalisable. Une pneumonectomie est quelquefois nécessaire.

Malgré l'urgence, les indications ne sont pas différentes de celles posées pour la tuberculose pulmonaire commune.

Après l'accouchement, le traitement sera poursuivi jusqu'à guérison complète, pendant le nombre de mois nécessaire. Un traitement actif de dix-huit mois est admis de tous.

Dans l'ensemble, la tuberculose pulmonaire limitée, dépistée à temps, (troisième mois), correctement traitée, avec la rigueur nécessaire et en cherchant à obtenir l'objectif idéal (ISRAEL) est d'un pronostic excellent. Rappelons que ce pronostic avait déjà été considérablement amélioré avant les antibiotiques par l'extension à la femme enceinte des indications du pneumothorax intra- ou extra-pleural, lorsqu'il était efficace.

x - Une autre forme persiste actuellement, c'est celle de la tuberculose pulmonaire évolutive, étendue, bilatérale et largement excavée.

I - Dépistée au début de la grossesse, elle pourrait poser le problème de l'avortement thérapeutique. Il faut reconnaître qu'un traitement triple bien conduit, permettra de franchir le cap du post partum sans inconvénients, dans presque tous les cas. Débordant ce sujet, se posera alors la question de la guérison ultérieure. Mais aurait-on pu faire mieux en adoptant une solution incertaine ?

On peut affirmer toutefois, sans optimisme excessif, qu'il existe des stabilisations valables, avec des remaniements étendus et irréversibles, compatibles avec une activité sociale appréciable. Des examens bactériologiques répétés fréquemment seront nécessaires et le problème de la protection de l'enfant se présentera avec toute son acuité.

2 - Différentes, mais beaucoup plus graves sont les tuberculoses bilatérales étendues survenant dans les derniers mois de la grossesse. Malgré un traitement intensif, le post-partum risque d'être grevé de complications graves et souvent mortelles. Le pneumopéritoine créé avant ou après l'accouchement ne semble pas améliorer le pronostic et l'interruption de la grossesse n'est pas possible. Cette impuissance thérapeutique constatée lorsque la grossesse survient chez une tuberculeuse évolutive, à bacilles résistants aux antibiotiques, se rencontre dans un certain nombre de cas ; le pourcentage de décès reste important.

xx - Quant à l'aggravation même de la tuberculose pendant la grossesse, malgré le traitement, elle est actuellement très rare et nous devons reconnaître que nous n'avons aucune preuve tangible que la grossesse soit à l'origine de cette aggravation et que son interruption soit un élément à retenir (BRIDGMAN et NORDWOOD).

b) La tuberculose ne paraît pas évolutive

Cette éventualité n'est pas exceptionnelle. Elle est évoquée après un bilan négatif et une mise en observation. Si les éléments radiologiques dépassent les calcifications des sommets (Foyers de Simon) ou des cicatri-

ces étoilées nettes, il est dangereux d'en affirmer la guérison, car des évolutions après l'accouchement démentent parfois le pronostic optimiste. Devant des nodules limites des sommets, surtout survenant après une pleuresie, malgré l'absence de critères biologiques d'évolution (Absence de B.K., vitesse de sédimentation normale), un traitement complet est nécessaire, étant donnée l'existence de la grossesse.

2°- La tuberculose était connue avant la grossesse

a) Tous les auteurs sont d'accord pour considérer qu'une grossesse ne doit pas être autorisée chez une femme atteinte de tuberculose pulmonaire, avant un délai de deux ans suivant une guérison certaine. Dans ce cas, qu'il persiste ou non des séquelles, après s'être assuré par un nouveau bilan de l'inactivité des lésions, aucun traitement ne sera prescrit. Néanmoins, si les lésions ont été primitivement extensives (Pleurésies séro-fibrineuses, résections pulmonaires, séquelles de tuberculose osseuse du bassin ou du rachis) JENTGENS conseille un traitement systématique devant le risque d'une exacerbation dans les suites de couches.

b) A l'opposé, l'existence de lésions évolutives relève des données que nous venons de préciser. Le seul fait regrettable est la survenue d'une grossesse, qui aurait dû être évitée, la tuberculose étant connue et traitée.

c) La tuberculose fibro-nodulaire bien stabilisée

C'est une tuberculose traitée correcte-

ment et les séquelles en sont minimales. Une simple surveillance s'impose. Le moindre élément défavorable (Nodules un peu importants, éléments de la trame un peu développés) demandera par prudence, la mise en oeuvre d'un traitement triple associé, analogue à celui de la forme évolutive.

Devant des éléments séquellaires, après une tuberculose pulmonaire correctement traitée, en l'absence de facteurs évolutifs, l'attitude sera souvent empirique : surveillance régulière. Mais il semble rassurant, surtout si la grossesse survient moins de deux ans après la fin du traitement primitif, de reprendre les antibiotiques et le repos, au moins avant l'accouchement et trois mois après, jusqu'à ce que l'on soit certain qu'il n'y a plus aucun danger d'aggravation, celle-ci étant néanmoins exceptionnelle au cours du post partum.

La prescription du repos et l'isolement de l'enfant auront de plus l'intérêt d'éviter un surcroît d'activité à la jeune mère, facteur de récidives.

3°- La primo-infection peut s'observer chez la femme enceinte. D'après Mac KELVEY, il ne semble pas que le complexe primaire ait fait l'objet de nombreux travaux jusqu'à présent. Pour lui, ce complexe primaire n'est pas affecté.

Il semble plus prudent de conseiller, avec le repos, l'usage de deux antibiotiques, I.N.H. et P.A.S., à effets préventifs plutôt que curatifs.

4°- La pleurésie séro-fibrineuse sera trai-

tée comme une tuberculose pulmonaire, avec adjonction de corticoïdes, en recherchant avec soin d'autres localisations, en particulier génitales.

CONCLUSIONS

-:-

1 - L'association tuberculose pulmonaire et grossesse pose encore, à notre époque, de nombreux problèmes.

2 - Cette association est devenue plus rare qu'autrefois et moins grave, grâce essentiellement aux traitements antibiotiques modernes et au dépistage radiologique, systématique et précoce.

3 - Il est difficile d'éliminer formellement une influence défavorable de la grossesse sur la tuberculose pulmonaire.

4 - La femme enceinte tuberculeuse accouche normalement dans l'immense majorité des cas. Le fœtus naît indemne. L'isolement dès la naissance et la vaccination systématique au B.C.G. permettent d'éviter sa contamination post-natale.

5 - Les conseils de PINARD gardent toute leur valeur : "surveiller la grossesse, en respectant l'enfant ; soigner la tuberculose", en n'hésitant pas à instituer une thérapeutique bactériostatique pour éviter les rechutes pendant la grossesse.

-:-

Vu :
Le Président :
Signé : LEPAGE

Vu :
Le Doyen :
Signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
Signé : J.H.

BIBLIOGRAPHIE

-:-

- 1 - ABOULKER P. et MUHLRAD S.
Isoniazide et grossesse.
Presse méd. 2 janv. 1956, 64, n°3, 45
- 2 - ARCIERI d'ALLESSANDRIA M.
Les effets de la tuberculose pulmonaire
sur la gestation.
Minerva méd. 3 oct. 1960, 51, n°17.,
3304-3309
- 3 - AMSLER R., GOYER et ROUCHY
Cinq grossesses chez une tuberculeuse
avec problèmes cliniques, thérapeuti-
ques et obstétricaux successifs.
Presse méd. 22 janv. 1958, 66, n°6,
103-105.
- 4 - BOÇAGE
Tuberculose et grossesse.
Thèse Bordeaux, 1957, n°21
- 5 - CHERTIER J.
Deux observations de tuberculose pul-
monaire.
Maternité, juin 1958, 7, n°6, 252-260
- 6 - COHEN R.
Position actuelle du problème tubercu-
lose et grossesse.
Rev. Tub., janv-fév. 1957, 21, n°1,
50-75 (Bibliographie).

7 - DAUWE O.

Accouchement à terme chez deux tuberculeuses après pneumonectomie.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. janv.-mars, 1956, 8, n°1, 3-4

8 - DURANDO C. et BERTOLI P.E.

L'avenir des enfants nés de mère tuberculeuse, atteinte de tuberculose pulmonaire ou extra-pulmonaire.
Minerva Med. 2 fév.1960, 12, n°6, 125

9 - FAME F.

Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire et grossesse.
Schweiz. Zschr. Tub. 1958, 15, n°1, 14-23, 2 fig.

10 - FARQUHARSON M. et TURNER B.

La tuberculose et l'état puerpéral.
Expérimentation de la chimiothérapie et des oestrogènes.
Brit. J. Tub. 1956, 50, n°4, 320-325

11 - FLANAGAN P. et HENSLEY N.M.

L'évolution de la tuberculose "active" compliquée de grossesse.
J.A.M.A., 1juin 1959, 170, n°7, 783-787
3 tabl., 3 fig.

12 - GANGEMI G.

Les effets de la gestation sur la tuberculose.
Minerva med. 3 oct. 1960, 51, n°17, 3300-3304

13 - de GENNARO I.

Grossesse et tuberculose.
Minerva med. 3 oct.1960, 51, n°17, 3317-3318

- 14 - GIERCKE H.W.
L'évolution de la tuberculose du post partum.
Zschr. Tub. 1956, 108, n°1, 1-8
- 15 - GIULI MELIGRANE M.
Grossesses multiples et rapprochées chez des femmes tuberculeuses.
Minerva Med. 3 oct.1960, 51, n°17, 3318-3319
- 16 - GOODWIN R.H. et KENLER M.D.
Tuberculoses miliaires évoluant pendant la grossesse.
New-England J. Med. 1952, 246, 572
- 17 - GRASSET E., de WATTEVILLE F. et DOSSENA P.
Passage de la streptomycine à travers le placenta au cours du développement gravidique.
Presse Méd. 1951, 1265
- 18 - HANEL F. et TRIEBSTEIN G.
Grossesse et tuberculose.
Tuberkuloserarszt, 1955, 2, n°1, 35-37
- 19 - JENTGENS H.
Le traitement de la tuberculose au cours de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches.
Geburtsh. Frauendh. fév.1959, 19, n°2, 99-112, 7 fig., 6 tabl.
- 20 - JENTGENS H.
La grossesse dans la tuberculose "inactive".
Deutsch. Med. Wschr., 1er janv.1960, n°1, 25-31, 5 fig. (Bibliogr.)
- 21 - JENTGENS H. et MATTERN L.
Grossesse et tuberculose hématogène.
Tuberkuloerarszt, mai 1956, 10, n°5, 291-301

- 22 - KENDIG E.L. Jr.
L'avenir du nourrisson né de mère
tuberculeuse.
Pédiatrics, 1960, 26, n°7, 97-100
- 23 - LANDUCCI L.
L'enfant né de mère tuberculeuse.
Dates épidémiologiques.
Minerva Med., 1960, 51, n°17,
3320-3325
- 24 - LANDUCCI L. et PERNA L.
Tuberculose et puerpéralité. L'enfant
né de mère tuberculeuse.
Arch. Tisiol. 1959, 14, n°9, 950-970
- 25 - LACOMME M.
Pratique obstétricale.
1959 - Masson, Paris.
- 26 - LANTUEJOUL P., LEROY B. et GABIARD C.
Trois cas de grossesse chez des fem-
mes ayant subi une pneumonectomie.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. janv.-mars
1956, 8, n°1, 47-49
- 27 - LAROS C.D.
Grossesse après pneumonectomie pour
tuberculose pulmonaire.
Am. Rev. Tub., oct.1958, 78, n°4,
563-569, 3 tabl. (Bibliogr.)
- 28 - LEVI-VALENSI A., MOLINA C., LARBAOUI M. et D.
La tuberculose pulmonaire au cours de
la grossesse et du post partum.
Algérie Méd. 1955, 59, n°10, 635-644
- 29 - LEPAGE F.
Tuberculose pulmonaire et puerpéra-
lité en fonction des traitements ac-
tuels.
Maternité, déc. 1954, 3, n°10, 381-396

- 30 - Mac KELVEY J.L.
Tuberculose et grossesse.
Clin. Obst. Gyn. N-Y, mars 1958, 1,
n°1, 119-126
- 31 - MARCONI P.
Maternité et tuberculose.
Arch. Tisiol. 1959, 11, n°9, 845-859
- 32 - MATTERN L.
L'évolution de la tuberculose pulmonaire chez les multipares.
Tuberkuloserarszt. janv. 1959, 13,
n°1, 45-49
- 33 - MATTERN L.
Ce que doit faire le gynécologue-accoucheur dans le cas de tuberculose et grossesse.
Geburtsh. Frauendh. fév. 1959, 19,
n°2, 112-119
- 34 - MERGER R., LEVY J. et MELCHIOR J.
Précis d'obstétrique.
Masson, Paris, 1961
- 35 - MERGER R., ISRAEL R., HERTZOG P.,
UZZAN D. et CHEABT J.
Possibilités et limites du traitement actuel de la tuberculose chez la femme enceinte. Incidences sur le problème de l'avortement thérapeutique.
Rev. Tub., 1954, 18, n°4-5, 361-371
- 36 - MOLLARET P., BASTIN R., GOULON M.,
POCCIDALO J.J., RAPIN M. et LIOT Fr.
Un traitement type d'un état asphyxique post-puerpéral, au cours de la tuberculose pleuro-pulmonaire chronique.
B.M. Soc. Med. Hop. Paris, 1956, 72,
n°14-15, 447-452

- 37 - MORIN P. et CHERTIER J.
Tuberculose pulmonaire et gestation.
Sem. Hop. Paris , 1950, 26, 1250-1254
- 38 - NEUMANN G.
Interruption de la grossesse en cas
de tuberculose pulmonaire.
Geburtsch. Frauendh. nov. 1957, n°11,
996-1003
39. - PALLIEZ R. et DELECOUR M.
L'aspect actuel de l'association tuber-
culose pulmonaire et gravido-puerpéra-
lité.
Sem. Hop. Paris, 12 sept. 1959, 35,
n°72-73, 2463-2464
- 40 - PALLIEZ R., NIQUET G., COTEEL P. et
DELECOUR M.
L'avenir des tuberculeuses enceintes,
depuis l'avènement des antibiotiques
et de la chimiothérapie.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst., janv.
1953, 5, 51-52
- 41 - PORTA A.D.
Considérations cliniques sur l'avenir
des enfants de mères tuberculeuses.
Minerva ped. 1960, 12, n°2, 116
- 42 - SCHAEFFER G., BIRNBAUM S.J. et DOUBLAS R.G.
Le traitement actuel de la tuberculose
associée à une grossesse.
J.A.M.A. 28 dec. 1957, 165, n°17,
2163-2167
43. - SCHAEFFER G., BIRNBAUM S.J. et DOUGLAS R.G.
Accouchement à terme après chirurgie
thoracique majeure pour tuberculose.
Am. Rev. Tub. 78, n°5, nov.1958,
697-711

- 44 - SCHAEFER G., DOUGLAS R.G. et SILVERMAN F.
Réévaluation de la conduite à tenir en
cas de grossesse et de tuberculose.
J. Obst. Gyn. Brit. Emp. déc. 1959, 66,
n°6, 990-997, 8 tabl. (Bibliogr.)
- 45 - SCHLAPPER K.
Tuberculose et grossesse.
Munch. Med. Wschr. 15 janv. 1960, n°3, 137
- 46 - SCHWARZ P.
Contribution à la question de la tuberculose
au cours de la grossesse et de l'accouchement.
Wien. Klin. Wschr. 4 sept. 1959, 71,
n°36, 677-679 (Bibliogr.)
- 47 - TORRIANI S.
Grossesse et travail au cours de la
tuberculose.
Minerva Med. 1960, 51, n°17, 3315-3317
- 48 - TURNER H.G.
Tuberculose hémotogène aiguë secon-
daire à la grossesse.
Am. Rev. Tub. 1953, 68, n°2, 253-262
- 49 - VALENSI J.G. et DECLAUX J.
A propos de cinquante cas de tuber-
culose et grossesse.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. 1955, 7,
n°5, 601-605
- 50 - WAGNER H.
Influence de la grossesse sur la tu-
berculose pulmonaire.
Tuberkuloserarszt, 1958, 12, n°5,
304-307.

SERMENT

--

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.

--

